

Hospital público português: da crise à renovação?

VASCO PINTO DOS REIS
EVA FALCÃO

Este artigo descreve a evolução do estatuto jurídico do hospital público português, com o intuito de o caracterizar, em especial do ponto de vista da sua autonomia.

Considera-se que, pelo menos em parte, o estatuto jurídico do hospital público português é responsável pela limitada autonomia de que estas instituições gozaram nos últimos sessenta anos, com as conseqüentes ineficiências na produção e produtividade, fraca equidade no acesso e aumento de custos com a prestação de cuidados, de discutível qualidade. Nessa medida, várias reformas foram implementadas com o intuito de conferir ao hospital maior autonomia: ao nível da gestão, do financiamento e também reformas organizacionais.

De um sistema regionalizado, estabelecido em 1946, até ao Serviço Nacional de Saúde e ao hospital dos nossos dias foram adoptados diversos modelos estatutários. A reforma de 2002 pretende estabelecer uma clara fronteira entre o hospital público, administrativo, burocratizado e aquele que assume natureza empresarial, numa clara viragem — demasiado precoce? — com as «experiências inovadoras» subsequentes à Lei de Bases da Saúde, que permitiram concluir que à maior autonomia correspondiam atitudes e resultados pró-activos e positivos. Por outro lado, ultima-se a preparação da construção de dez novos hospitais com recurso a parcerias público-privadas (PPP), sem ainda estarem definidos quais os estatutos, grau de autonomia e forma de gestão destas entidades.

□

Vasco Pinto dos Reis é professor da Escola Nacional de Saúde Pública/UNL.

Eva Falcão é administradora hospitalar e assistente da Escola Nacional de Saúde Pública/UNL.

Submetido à apreciação: 6 de Junho de 2003.

Aceite para publicação: 16 de Junho de 2003.

Ainda é cedo para avaliar esta última reforma; não deverá, no entanto, perder-se de vista que a implementação de um novo estatuto jurídico para os hospitais terá necessariamente de permitir a sua renovação sem descuidar a sua secular missão de solidariedade.

1. Introdução

E no princípio terão sido as albergarias...

Quando, em meados do século XII, D. Afonso Henriques conquistou Lisboa aos mouros, provavelmente, não terá gostado muito da organização hospitalar que encontrou. E, talvez por isso, autorizou a criação de algumas albergarias para cuidar dos cristãos feridos ou doentes. A primeira delas terá sido fundada por um tal D. Payo, rico-homem natural de França que antes ajudara o rei na conquista da cidade. Três séculos depois já existiam em Lisboa 4 gafarias, 13 albergarias e 42 pequenos hospitais.

Vivia-se a época da dispersão, marcada, como aliás em toda a Europa, mais pelas preocupações da caridade cristã e da hospitalidade do que pela preocupação e intenção de desenvolver ou contribuir para o desenvolvimento de uma eficaz protecção sanitária ou mesmo social (Carvalho, 1992).

Foi somente no final do século XV que o esforço de concentração do poder nas mãos do rei chegou à actividade hospitalar, lançando este em Lisboa, com autorização dos Papas Sisto IV e Inocêncio VIII, a primeira pedra de «um novo e solene hospital» que absorveu a actividade das dezenas de pequenas uni-

dades hospitalares existentes, cada uma votada a seu santo, e a que, talvez para que nenhum se zangasse, deu o nome de «Real Hospital de Todos os Santos». Do que foi esta notável obra do engenho português, que, em termos institucionais, sobreviveu a administrações desastrosas, incêndios e terremotos, não cabe referência neste estudo dedicado ao hospital contemporâneo, isto é, ao hospital dos nossos dias.

E que antes da primeira grande guerra não se situava, nem em termos de natureza nem em matéria de objectivos, muito longe das preocupações caritativas dominantes na Idade Média.

De facto, e em França, ainda em 1935 (Maillard, 1986), um deputado cujo nome a história não reteve apresentou na Assembleia Nacional uma proposta de lei cujo artigo 1.º consignava:

«Fora das situações previstas nas leis existentes e excepção feita aos casos especiais adiante enumerados, o hospital será exclusivamente reservado aos indigentes e às pessoas momentaneamente privadas de recursos.»

E para fundamentar a sua proposta o inspirado parlamentar denunciava ter notado na evolução recente do hospital um abuso que considerava intolerável e que se consubstanciaria no acolhimento generoso ao primeiro chegado que aí se poderia fazer examinar dos pés à cabeça, tratar e mesmo operar, pagando, mas apenas se pudesse, importâncias variáveis mais ou menos proporcionais aos seus recursos.

«Vamos para uma medicina transformada em serviço público», inquietava-se o homem que procurava manter ou retomar a sacralização do hospital como asilo para pobres, opondo-se à admissão de doentes financeiramente abonados, que reservava para as clínicas privadas.

A lei foi recusada nessa altura e de novo alguns meses mais tarde, não sabemos se com muita convicção. Mas pouco tempo depois (em Julho de 1939) um decreto-lei abria o hospital a todos os cidadãos, o que foi confirmado dois anos mais tarde, agora por uma nova lei hospitalar, aliás promulgada durante a República de Vichy (Clement, 1995).

Esta evolução, com um ritmo variável de país para país, mas quase sempre e na Europa com uma certa lentidão, prosseguiu, acabando por finalmente retirar ao hospital o estigma de organismo de carácter meramente assistencial, claramente inserido na área do apoio social, para, abrindo as suas portas a todos os cidadãos carenciados de cuidados de saúde (e não apenas do referido apoio social na doença), consagrar inequivocamente a sua natureza e o seu carácter sanitário.

Terá sido por essa altura que apareceu o «hospital contemporâneo», «monobloco» do ponto de vista arquitectónico, por contraposição ao precedente

modelo «pavilhonar», fruto da influência simultânea de uma acelerada evolução científica e tecnológica com mutações económicas, sociais e culturais que se foram traduzindo em mudanças comportamentais de consequências cada vez mais evidentes no plano das morbidades emergentes.

Mas também o «hospital contemporâneo» se não tem mantido imutável, podendo hoje afirmar-se, sem margem para grandes dúvidas, que a sua mutabilidade se irá acelerar neste novo século (Healy e McKee, 2002).

Talvez por isso, com enorme frequência e nos mais diferentes contextos, se ouve dizer que o hospital, em particular o hospital público, que é a sua apresentação mais habitual e significativa na Europa, está em crise (Clement, 1995).

Crise para que se apontam diversos factores, sendo muito frequente entre nós, e no caso do hospital público, a atribuição dessa situação a questões de natureza estatutária. Isto é, o hospital público estaria em crise porque o seu estatuto e a sua natureza jurídica seriam inadequados.

O que representa uma visão de certo modo redutora da situação, devendo as questões associadas ao enquadramento jurídico e estatutário do hospital português, sendo incontornáveis, ser abordadas na óptica da terapêutica eficaz e inadiável e não tanto como motivo de uma situação patológica que poderá ter, e tem, outras origens (Reis, 1998).

De facto, é fácil identificar no contexto do hospital português uma série de aspectos que assinalam mudanças bastante aceleradas e:

- Se verdadeiramente se não deve chegar a afirmar que a sua missão mudou apenas porque a sua tradicional função de *abrigo* tem sido desvalorizada, acolhendo progressivamente outro tipo de intervenções e com tecnicidade crescente;
- Se a prática profissional perdeu as características de exercício individual em favor de uma acção cada vez mais multidisciplinar e colegial em que o *grupo* assume uma constituição tão variada quanto o progresso técnico o determina em cada momento;
- Se este facto cria uma prática hierarquizada e profundas interdependências que, associadas à salarização dos profissionais — que muitos qualificam como proletarização —, agudizam o sentimento de perda de autonomia técnica e sobretudo funcional (Reis, 1998);
- Se a estas circunstâncias acresce uma transição acelerada de uma prestação de tipo artesanal, quase artística, para um modo de produção de tipo empresarial (ou mesmo industrial), com preocupações de rentabilidade que, nalguns casos, desvalorizam a função social, para revalo-

rizar as dimensões associadas ao custo, em contextos marcados por limitações financeiras e pela escassez de recursos;

haverá que admitir, designadamente num hospital público que consubstancia todas as vulnerabilidades que marcam a instituição hospitalar, que aqueles traços de mudança apareçam como sinais de crise ou mesmo de ruptura.

Sinais que cobrem diferentes áreas do sistema de saúde e do hospital, evidenciando-se sobretudo:

- No relacionamento, discutido e discutível, que o hospital tem no quadro mais geral do sistema de cuidados de saúde;
- Nas deficiências da sua organização interna, rígida, sem elasticidade, que dificulta a resposta aos constantes desafios que a evolução tecnológica lhe suscita e às novas formulações que a procura vai assumindo;
- Em vastas ineficiências de tipo endógeno, imputáveis a modelos burocráticos eivados de procedimentos não racionais e inadequados à satisfação rápida de necessidades imprevisíveis, bem evidentes na área dos recursos humanos, do financiamento, da definição dos serviços necessários e dos prestados e da sua qualidade;
- Numa gestão com objectivos mal definidos, reduzida motivação e, por isso, naturalmente desresponsabilizada;
- Na generalizada insatisfação dos utentes;
- Na frustração dos profissionais.

2. Das limitações do estatuto jurídico à promoção da autonomia

Nos últimos anos a saúde tem sido um foco de atenção intensa e constante dos governos de quase todos os países.

Na raiz dessa atenção e como preocupação comum surge o desajustamento entre uma procura altamente estimulada por desenvolvimentos tecnológicos e por expectativas crescentes das populações e uma oferta com constrangimentos, que decorrem:

- De mudanças demográficas acentuadas e consistentes, visíveis sobretudo no envelhecimento da população e na correspondente alteração dos padrões de utilização dos serviços de saúde, mas também patentes no alargamento de manchas de exclusão social;
- De mudanças de tipo epidemiológico, em que as etiologias de natureza social e sócio-comportamental têm ganho relevo;

- Do intenso desenvolvimento tecnológico, com potencial atenuação da interacção humana, que, pelo menos em plano tendencial, pode funcionar como factor de despersonalização dos cuidados;
- Do aumento do custo das prestações e das despesas de saúde em geral;
- Da controvertida atenuação do sentido de responsabilidade colectiva nas áreas sociais, como consequência da emergência de forças de um mercado em que, paradoxalmente, os utilizadores vão tendo uma voz pouco decisiva;
- Da multiplicidade de pólos de decisão, mesmo em problemas específicos da saúde, devido à existência de inúmeros factores condicionantes que são externos ao sector.

Mas, apesar dos desenvolvimentos tecnológicos, a doença continua a ser um fenómeno imprevisível que se manifesta frequentemente de forma aguda, gerando necessidades que só poderão encontrar resposta em cuidados de saúde, muitas vezes com resultados aleatórios. E, por outro lado, a reorientação do sistema para uma perspectiva de ganhos em saúde, quer individuais, quer colectivos, coloca ao Estado responsabilidades especiais de intervenção, uma vez que:

- Há situações de saúde em que são patentes externalidades (isto é, em que a utilização ou não utilização de cuidados, mesmo no plano individual, pode afectar a comunidade ou alguns dos seus membros);
- As referidas etiologias sócio-comportamentais, que têm originado novas formas de morbilidade, conduzem à necessidade de intervenções de âmbito colectivo e público que só o Estado tem capacidade para coordenar;
- Pelo facto de a saúde se não confinar à prestação de cuidados, verifica-se que, se não houver intervenção do sector público, nem sempre estará disponível toda a gama de prestações apropriadas ou necessárias à manutenção/recuperação ou promoção da saúde dos cidadãos;
- Há longos anos que há consciência das insuficiências da autoprotecção em matéria social, muito particularmente na área da saúde, sendo igualmente reconhecidas hoje as limitações da protecção familiar;
- Os círculos voluntários de solidariedade debatem-se com a inércia de uma parte da sociedade e com as limitações financeiras de muitos dos potenciais interessados.

Responsabilidades que o Estado não enjeitou, assumindo crescentes obrigações no sector, quer a nível

do financiamento, quer a nível da prestação de cuidados.

No entanto, os expressivos resultados obtidos em matéria de «ganhos de saúde» não ocultam problemas, quase todos eles situados do lado da «oferta» (infra-estruturas físicas, tecnológicas e recursos humanos), que então não rareavam num «mercado» também não atingido ainda por dificuldades financeiras:

- Como em muitas outras estruturas públicas complexas, a produção/prestação de cuidados aparecia como tecnicamente ineficiente;
- A nível da eficiência económica também eram identificados problemas, com os recursos a afluírem de modo desproporcionado aos cuidados curativos (hospitalares) e em meio urbano;
- A adequação dos custos era, na saúde como nos serviços públicos em geral, de comprovação difícil;
- A equidade, uma motivação-chave para a prestação pública, nem sempre estava focada nos que mais necessitavam;
- A qualidade (em termos clínicos e no plano das amenidades) era frequentemente discutível, ao que acresciam níveis pobres no que se refere à operacionalização dos equipamentos.

Neste contexto, foram identificadas, em termos de medidas de reforma para atacar as questões da produtividade, da eficiência, da qualidade e da responsabilidade dos utilizadores, nos sistemas de prestação pública três opções (Harding e Preker, 2001):

- As «reformas de gestão»;
- As «reformas de financiamento»;
- As «reformas organizacionais».

As do primeiro tipo incluíram medidas para reforçar a capacidade de gestão dos administradores da área da prestação de cuidados, quer através de formação, quer através de políticas de recrutamento fundadas em aptidões de gestão.

Novos sistemas de apoio aos gestores na tomada de decisão foram também introduzidos e as «melhores práticas» foram importadas do sector privado.

No entanto, as deficiências estruturais, a falta de controlo dos gestores sobre os factores de produção e os constrangimentos próprios do contexto cultural do sector público reduziram ou impossibilitaram o efeito dessas medidas, de mérito, apesar de tudo, indiscutível.

As do segundo tipo estavam mais voltadas para a alteração da estrutura de financiamento aos prestadores, procurando associar mais estreitamente as liga-

ções entre a distribuição de recursos e a prestação de cuidados em geral ou de cuidados específicos (pagamentos retrospectivos, por acto, por caso ou episódio ou por dia). E outras transferindo riscos para os prestadores através de modelos de capitação ou orçamentos globais.

Mas também neste caso nenhum dos modelos foi considerado perfeito. Os que promovem a produtividade encorajam a procura induzida pelos prestadores, os que melhor contêm os custos promovem fugas e uma baixa produtividade.

O que levou à combinação de sistemas para associar os efeitos positivos de uns e de outros.

A incapacidade de qualquer um destes tipos de «reformas» para, por si só, atingir os seus objectivos, designadamente a promoção da *performance* dos sistemas de saúde e das organizações prestadoras de cuidados, faz surgir o terceiro tipo de medidas de «reforma», mais como complementares do que como alternativas, uma vez que são orientadas para atenuar os pontos fracos detectados.

Surgem assim as «reformas» que procuram melhorar o cenário institucional, alterando a distribuição do controlo da tomada de decisão, da distribuição de receitas e dos riscos entre os intervenientes no sector. E, com elas e com a crescente consciência das limitações estruturais da prestação pública (a qual se encontra na origem do insucesso de outro tipo de medidas), a adopção generalizada de medidas de índole organizacional — autonomização, empresarialização, etc. (Saltman e Figueras, 1997) — que hoje se encontram de tal forma ligadas às reformas ao nível da mobilização dos recursos e da introdução de mecanismos de competição e de mercado que, se é difícil sustentar um alargamento da autonomia dos hospitais sem outras reformas, estas dependem igualmente da existência de maior autonomia (Chawla *et al.*, 1996).

3. O hospital público português

Se em Portugal também se sentiram, mais ou menos consistentemente, os efeitos deste movimento de reforma, parece evidente que a particular inadequação do estatuto jurídico do hospital público contribuiu para dar significado quase autónomo a este último aspecto, considerado um obstáculo importante para a superação de situações de desajustamento perante mudanças crescentemente notórias.

Mesmo no contexto da visão messiânica da lei, própria da cultura normativa portuguesa, não se aceita a atribuição simplista de responsabilidades a um estatuto que, sendo embora o suporte jurídico da actividade do hospital, não deve ser considerado a causa única do que nele ocorre, muito em particular por-

que, aqui como nos outros países, a situação tem muito a ver com as mudanças que a instituição vai (não vai) suportando. Mas parece indiscutível que o actual estatuto jurídico do hospital português é, sem dúvida, inadequado e pode até acentuar alguns dos traços de crise esboçados.

Isto é, se não é factor causal da situação (quando muito será um deles), a sua alteração, não sendo condição suficiente, é, com forte probabilidade, uma condição necessária para que o hospital público português possa enfrentar os desafios internos e externos com que se confronta.

Não é, pois, difícil admitir que ele, em si mesmo e só por si, não superará os obstáculos atrás identificados, tendo a sua permanência e inalterabilidade actuado como impedimento ao processo de mudança e de adaptação em que o hospital se debate. O que a sua evolução no último meio século também ajuda a explicar.

Em 1946, a Lei n.º 2011, de 2 de Abril, estabeleceu pela primeira vez entre nós os princípios para a organização hospitalar do país, criando um sistema regionalizado em que as diferentes unidades estavam tecnicamente ordenadas e articuladas e especificando ainda os modos de intervenção de cada um dos tipos de hospital nela previstos. No entanto, e no que se referia «à organização, administração e funcionamento dos hospitais [...]», aquela legislação remetia para posterior regulamentação em diploma especial, que, afinal, só se desmultiplicou em legislação bastantes anos depois, de modo avulso e sem a preocupação de ser esgotante.

Sem detalhar aqui toda uma série de diplomas aplicáveis a um único hospital, só quase vinte anos mais tarde, com a Lei n.º 2120, de 19 de Julho de 1963, com o Decreto-Lei n.º 46 301, de 27 de Abril de 1965, e com o Estatuto Hospitalar e o Regulamento Geral dos Hospitais, publicados pelo Decreto-Lei n.º 48 357 e pelo Decreto n.º 48 358, ambos de 27 de Abril de 1968, se encontra regulamentação daquele tipo.

Mas, sem prejuízo do reconhecimento da decisiva importância da legislação de 1968 para a configuração de uma parte significativa daquilo a que hoje se chamará o «sistema de saúde português», é no Decreto-Lei n.º 46 301, de 27 de Abril de 1965, que se encontra uma primeira referência que pode ser considerada explicativa da situação actual do hospital público português.

De facto, e no contexto de um «sistema de saúde» predominantemente privado, aquele diploma, ao referir no n.º 1 do seu artigo 2.º que «os hospitais gerais oficiais gozam de personalidade jurídica e de autonomia administrativa», introduzia a primeira referência específica à questão do estatuto dos hospitais públicos — «hospitais oficiais» na terminologia da época.

Afirmação quase residual, já que uma parte significativa dos «hospitais oficiais» (os «Hospitais Cívicos de Lisboa», por exemplo) tinha estatuto próprio e o Estado, como se referiu, mantinha apenas uma posição meramente supletiva em termos da sua intervenção no domínio da «saúde e assistência».

Quanto aos «hospitais e serviços especializados oficiais» (n.º 2 daquele mesmo artigo), só teriam personalidade jurídica e autonomia administrativa se tal lhes fosse concedido nos seus diplomas orgânicos ou em portaria conjunta dos ministros das Finanças e da Saúde e Assistência.

Princípios e diferenças que, aliás, são retomados pela legislação de 1968, que, no entanto, e apesar da importante limitação que continua a consagrar em matéria de autonomia de gestão, cria uma «carreira de administração hospitalar» e, pela primeira vez, estipula que, «em ordem a conseguir a maior eficiência técnica e social, os estabelecimentos hospitalares devem organizar-se e ser administrados em termos de gestão empresarial, garantindo à comunidade o mínimo custo económico no seu funcionamento» (artigo 35.º do Decreto-Lei n.º 48 357).

No entanto, só em 1977, e por força do Decreto-Lei n.º 129/77, de 2 de Abril, os hospitais são reconhecidos como «pessoas colectivas de direito público, dotadas de autonomia administrativa e financeira» e com capacidade jurídica que abrange todos os direitos e obrigações necessários à prossecução dos seus fins definidos na lei (artigo 2.º). Redacção que é retomada pela legislação de 1988 (artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 19/88, de 21 de Janeiro), sem que, no entanto, se possa considerar que essa contínua, mas muito lenta, progressão do hospital no plano da autonomia lhe tenha permitido superar os problemas com que o hospital público se confronta.

Com efeito, e quase vinte anos depois (Janeiro de 1997), o «relatório final» do Grupo de Trabalho sobre o Estatuto Jurídico do Hospital, constituído no âmbito do Ministério da Saúde, depois de um aprofundamento da situação existente, identificou vastos constrangimentos à actividade do hospital público e numerosas ineficiências em grande parte daí resultantes.

E, em consequência, reconheceu a existência «de uma patente inadequação — eventualmente passível de atenuação, mas não de eliminação — entre as normas e os procedimentos próprios da função pública e a natureza, as especificidades e as exigências da actividade das instituições hospitalares, sobretudo das que se inserem no quadro de uma missão do tipo da que incumbe aos hospitais do SNS» (Portugal. Ministério da Saúde, 1997).

Já se julgava nessa época que, «em termos estatutários, organizacionais e operacionais, o hospital se deverá aproximar da figura de instituto público com

natureza empresarial e com adequada autonomia de gestão, com a possibilidade de, em diferentes domínios, se regular por normas de direito privado, e fortemente responsabilizada» e que, desde que não fossem descaracterizados a missão e os valores que devem orientar a actividade hospitalar, um modelo do tipo *estabelecimento público de natureza empresarial* poderia preencher os requisitos definidos, permitindo a reabilitação do hospital público (Portugal. Ministério da Saúde, 1997).

Mas entendia-se ainda que as reformulações a introduzir no estatuto jurídico do hospital público não deveriam constituir um modelo obrigatório e de aplicação imediata a todos os hospitais.

Conclusões a que não terá sido estranha a publicação em Junho de 1998 do Decreto-Lei n.º 151/98, que «altera o estatuto jurídico aplicável ao Hospital de Santa Maria da Feira», reconhecendo-lhe, para além de personalidade jurídica e autonomia administrativa, financeira e patrimonial, «natureza empresarial» (Reis, 1999).

E, em consequência disso, submetendo-o ao estatuto jurídico definido neste diploma e, subsidiariamente, às normas aplicáveis às entidades que revistam natureza, forma e designação de empresa pública, «sem ficar sujeito às normas aplicáveis aos institutos públicos que revistam a forma de serviços personalizados ou de fundos públicos».

Tratava-se da primeira «experiência inovadora de gestão» (n.º 1 da base xxxvi da Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto), opção posteriormente retomada para a Unidade Local de Saúde de Matosinhos e para o Hospital do Barlavento Algarvio.

A experiência terá depois aconselhado o desenvolvimento do trabalho anterior, conferindo-lhe até maior elasticidade, designadamente através de um «estatuto tipo», de aplicação gradual, com a flexibilidade adequada a diferentes situações existentes no panorama hospitalar português, que foi estudado no ano 2000, mas nunca foi divulgado.

Continuaria a ser salvaguardada como preocupação maior a natureza do hospital público, ou seja, o seu carácter de estabelecimento de carácter social, orientado e aberto para o público e para a prestação de cuidados diferenciados de saúde que exigiram a utilização de instrumentos, técnicas e métodos próprios de uma gestão actualizada que o deveria servir, permitindo a racionalização e optimização da sua actividade. Ainda no ano de 2001, e com a intenção de levar mais longe — em extensão e profundidade — as «experiências inovadoras de gestão» até então desenvolvidas, foram preparados, já no âmbito do Decreto-Lei n.º 558/99, de 17 de Dezembro, que procura sistematizar a actividade empresarial do Estado, estudos tendo em vista a transformação em Entidade Pública Empre-

sarial (EPE) (Amorim, 2000; Duarte, 2000) do Centro Materno-Infantil do Norte e Hospital Padre Américo — Vale do Sousa. Este chegou a ser aprovado em Conselho de Ministros, não tendo sido promulgado por força das mudanças políticas decorrentes das eleições autárquicas de Dezembro de 2001.

E já em 7 de Março de 2002 foi publicada a Resolução do Conselho de Ministros n.º 41/2002, que, progressivamente, pretendia libertar os hospitais do enquadramento burocrático-administrativo que enformava o seu estatuto jurídico, privilegiando maior independência, agilidade e adoptando definitivamente natureza e gestão empresarial.

E no ponto 1 da referida resolução renovam-se as linhas de orientação que vinham sendo seguidas:

- Preparação de um «estatuto tipo do hospital [...] agora com natureza formal de Entidade Pública Empresarial (EPE)»;
- Modelo a ser adoptado casuisticamente.

Mas ainda em 2002, e num segundo momento, foi perfilhado e vingou um entendimento mais radical (Ferreira, 2000).

Na sequência da mudança de orientação política no país e no Ministério da Saúde, avançou-se para uma alteração ao estatuto jurídico dos hospitais públicos mais extremada.

E através da publicação da Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, em cujo anexo se aprova o novo regime jurídico da gestão hospitalar, estabelece-se que os hospitais passam a assumir quatro figuras jurídicas distintas:

- Estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial;
- Estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial;
- Sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos;
- Estabelecimentos privados.

Ao contrário das experiências anteriores, esta alteração de estatuto para «sociedade anónima de capitais exclusivamente públicos» foi aplicada simultaneamente em 34 hospitais, daí tendo resultado 31 sociedades anónimas (por constituição de centros e grupos de hospitais).

Assumiu-se, portanto, a nova configuração estatutária e abandonaram-se as «experiências inovadoras» pontuais.

É possível assim verificar, e numa breve análise retrospectiva, a existência de três períodos distintos em

termos de medidas para conferir autonomia ao hospital público:

- Primeiro, a linha das «experiências inovadoras de gestão», que depois foi sendo desenvolvida com o intuito de as aprofundar;
- Depois, pouco depois, foi adoptada uma nova orientação que já recorria ao modelo «estabelecimento público empresarial» (EPE) previsto no Decreto-Lei n.º 558/99, de 17 de Dezembro;
- Mais recentemente, adoptando o modelo «sociedade anónima de capitais exclusivamente públicos» aplicado a 34 hospitais.

E, depois de uma longa estagnação com efeitos negativos, entre Junho de 1998 e Dezembro de 2002, passa-se da configuração jurídica de «instituto público» vinda dos anos 70, para a das entidades típicas do sector empresarial do Estado e, dentro destas, para a que se situaria à primeira vista mais distante do ponto de partida.

Entretanto, e agora noutra perspectiva, importa referir que a 20 de Agosto de 2002 foi publicado o Decreto-Lei n.º 185/2002, que define os princípios e os instrumentos para o estabelecimento de parcerias em saúde entre o Ministério da Saúde ou instituições e serviços integrados no SNS (Serviço Nacional de Saúde) e outras entidades.

A associação dos dois interesses numa iniciativa não é, na sua essência, nova no sector da saúde e em Portugal (já a Lei de Bases da Saúde previa, no n.º 2 da base xxxvi, a figura do contrato de gestão), mas adquire maior importância numa altura em que o Governo adoptou o 1.º Programa Governamental de Parcerias Público-Privadas e anunciou a construção de 10 novas unidades hospitalares nesta modalidade, tendo constituído grupos de coordenação interdepartamental para o lançamento das parcerias público-privadas (PPP).

Esta opção de partilha de riscos e interesses entre o sector público e o privado, se permite obter financiamento para a renovação/incremento do parque hospitalar, não é contudo isenta de reservas, tendo causado aceso debate, que se mantém, especialmente no Reino Unido (cf., por todos, UK. Institute for Public Policy Research, 2001).

A opção foi, pois, uma alteração de estatuto jurídico mais profunda, mas mantendo-se o princípio de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito, continuando a salvaguardar-se a prestação de cuidados de saúde com humanidade e respeito, o atendimento de qualidade, eficaz e atempado e ainda o cumprimento das normas éticas e deontológicas.

4. Dos modelos à prática

Sem tempo ainda que permita uma avaliação criteriosa das medidas adoptadas, importa, no entanto, aprofundar as condições dessa avaliação futura, sublinhando o objectivo final, que será, através da promoção da autonomia do hospital, contribuir para viabilizar e acelerar no hospital público português as necessárias mudanças.

Parecendo, pois, estar apontado o caminho e o modo de autonomia dos hospitais, importa agora preparar a análise da evolução dos hospitais/grupos convertidos sociedades anónimas, tendo presente um conjunto de questões caracterizadoras:

- Como é definido o processo de autonomização?
- Qual a extensão da autonomia?
- Quem define as linhas de política e estratégia e a quem é entregue a capacidade de gestão?
- Como está programada a transição, ao nível da organização interna, dos procedimentos a adoptar e da gestão?
- Quais os efeitos do processo de autonomização nos hospitais?

Relativamente à primeira, preconiza-se um processo que comporte fases de avaliação (ou pré-avaliação) e de implementação.

No domínio da avaliação, é da maior importância:

- A identificação dos hospitais, podendo conceder-se maior autonomia àqueles que apresentem baixos níveis de *performance*, nos quais qualquer melhoria terá um impacto positivo (Chawla e Govindaraj, 1996), ou que, pelo contrário, e após a realização de estudos de avaliação económica, dêem garantias mínimas de sucesso;
- A atribuição de preferência para transformação estatutária a instituições cujos quadros tenham manifestado inequívoca vontade e disponibilidade para a mudança, respondendo aos desafios;
- A clara identificação dos actores e dos cenários envolvidos, quer do ponto de vista do proprietário e do circunstancialismo político (partidos, organizações não governamentais, sector privado), quer da sociedade (criando-se condições para uma maior intervenção da comunidade na vida do hospital — através de órgãos regionais ou locais, por exemplo), não esquecendo o envolvimento dos recursos humanos afectos aos hospitais em intervenção.

Do ponto de vista da implementação:

- Há que ultrapassar os sistemas e métodos de gestão actuais, criando novos modelos estatutários (nomea-

damente recorrendo ao sector privado — v. *Quadro I*), podendo o hospital público continuar responsável pelos serviços de cariz médico (à semelhança do que acontece no Reino Unido), ou mesmo, seguindo a experiência sueca, australiana ou brasileira, contratar a sua gestão (Taylor e Blair, 2002);

- As áreas-chave de intervenção deverão ser as que apresentam maiores constrangimentos, privilegiando-se a generalização de situações de negociação colectiva das condições de trabalho, quer a nível de hospital (contrato de empresa), quer a nível do sector da saúde (eventualmente público e privado), e incentivando-se maior flexibilidade nas formas de intervenção no mercado, designadamente em matéria de aquisições (apenas balizadas pelas regras comunitárias em vigor).

Por outro lado, Manning refere que os sucessos na área da autonomização dos hospitais são tão impor-

tantes quanto relativamente raros (Manning, 2000). Por isso, a experimentação revelar-se-ia da maior importância com a criação de modelos que combinem a estabilidade e o sistema de valores com a flexibilidade desburocratizada que outros modos e instrumentos de gestão viabilizariam.

Deve também equacionar-se, em termos da natureza e da extensão da autonomia pretendida para o hospital público, o impacto do processo:

- Na eficiência;
- Na equidade de acesso às prestações;
- Na qualidade dos cuidados prestados, ao nível da estrutura (equipamentos, qualificações e formação do pessoal, processos administrativos), do processo (da história clínica até aos protocolos) e dos resultados (ao nível individual, da diferença no estado de saúde, nas medidas de *follow-up*, etc.) (Chawla e Govindaraj, 1996);

Quadro I Possibilidades de participação privada em hospitais

Opção	Responsabilidade do sector privado	Responsabilidade do sector público
Criação de ala privada em hospital público.	Gere a ala privada para doentes privados; fornece serviços de alojamento e clínicos.	Gere o hospital público para doentes públicos e cede a ala privada, com partilha de custos, pessoal e equipamento.
<i>Outsourcing</i> de serviços não clínicos.	Fornecer serviços não clínicos com o respectivo pessoal.	Presta todos os serviços clínicos e respectivo pessoal; gestão do hospital.
<i>Outsourcing</i> de serviços de apoio clínico.	Fornecer serviços de apoio clínico (radiologia, laboratório).	Gere o hospital e presta serviços clínicos.
<i>Outsourcing</i> de serviços clínicos especializados.	Fornecer serviços clínicos especializados (litotricia, por exemplo) ou de rotina.	Gere o hospital e presta a maioria dos serviços clínicos.
Gestão privada de hospital público.	Gere o hospital de acordo com um contrato com o governo (ou segurança social); presta serviços de todo o tipo (clínicos e não clínicos); pode empregar pessoal e, dependendo do contrato, ser responsável por reinvestimentos.	Contrata empresa privada para prestação dos serviços do hospital, paga ao operador privado pelos serviços prestados, monitoriza e regula os serviços e o cumprimento do contrato.
Financiamento e construção privada com <i>leasing</i> ao hospital público.	Financia, constrói e detém o novo hospital público, com <i>leasing</i> ao governo.	Gere o hospital e efectua pagamentos faseados do <i>leasing</i> ao investidor privado.
Financiamento e construção privada do novo hospital público.	Financia, constrói e gere o novo hospital público, prestando serviços clínicos e não clínicos.	Reembolsa o operador privado, anualmente, pelos custos de capital e pelos serviços prestados.
Venda de hospital público com manutenção de interesse.	Compra instalações, continua a funcionar como hospital público, mediante contrato.	Paga ao operador pelos serviços clínicos, monitoriza e regula o cumprimento do contrato.

Adaptado de R. Taylor e S. Blair, *Public Hospitals. Options for Reform through Public-Private Partnerships*, Viewpoint, 2002.

- No acompanhamento e responsabilização por parte do público;
- Na mobilização de recursos, já que a alteração de modelo nem sempre resolve alguns dos problemas detectados nos hospitais, nomeadamente ao nível da obsolescência de instalações e equipamentos (Coll, 1996).

No que se refere à segunda questão, continua a defender-se como essencial o recurso a soluções que apostem num modelo de gestão regulado pelo sector público, mas não convencional nem burocratizado, suportado por instrumentos conciliáveis com os princípios e com os valores que o hospital público deve prosseguir e defender, de modo a:

- Sustentar o papel estruturante da vida comunitária que o hospital público prossegue;
- Orientar a actividade do hospital sobretudo para o cidadão, satisfazendo as suas necessidades, promovendo os seus direitos e respeitando, tanto quanto possível, as suas expectativas;
- Potenciar a prontidão e a fluidez de acesso sem qualquer forma de discriminação;
- Concretizar a obtenção de significativas *mais-valias* em matéria de eficiência e, particularmente, de satisfação dos utentes e dos profissionais e, simultaneamente, garantir a máxima responsabilidade dos gestores.

Mas é necessário não perder o sentido mais profundo da reforma e, ao adoptar e implementar medidas que aprofundem a autonomia do hospital público, recordar as duas dimensões que Chawla *et al.* (1996) referiam:

- Uma (exterior) relativa às políticas e medidas de gestão com repercussões nos hospitais;
- Outra (de índole interna) atinente ao grau de centralização da capacidade de decisão dos próprios hospitais.

«It is the extent of decentralized decision-making that occurs within the hospital, and the extent to such decision-making is feasible for each of the management functions, that are the relevant considerations. Moreover [...] autonomy, as it exists in the private sector, may be inappropriate for the public sector» (Chawla *et al.*, 1996).

Relativamente à terceira e quarta questões, não parece descortinar-se ainda uma resposta satisfatória. Foi manifesta a intenção de celeridade, que, no mínimo, poderá ter condicionado a eficácia da transição, sendo também de registar dúvidas e «ruídos de fundo» relativamente ao exercício da orientação/tutela e ao seu modo de exercício.

Não se tratando de adoptar medidas numa solução de tipo «continuidade» que visem simplesmente a introdução de mecanismos de gestão mais flexíveis, o processo implica o apoio por órgãos do Ministério da Saúde e até por entidades exteriores ao Ministério, acompanhando a transição de modelos de controlo burocrático da gestão para um regime sem a aplicação da *autorização prévia*.

Finalmente, e quanto à última questão, valerá a pena, antes de lhe procurar dar resposta, uma reflexão prévia sobre a identificação desses efeitos.

Procurando analisar a evolução do hospital em Portugal, é possível reconhecer, acompanhando as mudanças registadas, algumas marcas que corresponderão aos grandes eixos da sua evolução.

Perante medidas como as consubstanciadas no processo de autonomização, por que não, e complementarmente a uma avaliação global (sempre complexa e incerta) de efeitos, procurar esboçar um conjunto de parâmetros que permitam seguir, do ponto de vista das transformações necessárias ao hospital, quais as que se registaram (ou vão registando):

- Funções dos hospitais;
- Clientela;
- Exercício profissional que ocorre no seu âmbito;
- Modo de distribuição dos recursos que o alimentam;
- Regulação a que estão (não estão) sujeitos;
- Responsabilização.

Parâmetros que se propõem como teste adicional à efectiva concretização de mudanças através do processo de empresarialização.

No último meio século, o hospital e o sistema de saúde que ele representava democratizaram-se, quer em termos de clientela, quer numa óptica de origem dos recursos afectos ao seu funcionamento, quer na sua administração.

Começou também a ter uma situação de interdependência relativamente ao sistema de saúde em que foi enquadrado e aos subsistemas que vivem à volta dele. Conheceu acentuadas influências na sua organização e, particularmente, no modo como o seu trabalho devia ser organizado, com novas profissões e a promoção de profissões até então secundarizadas, com o reforço do trabalho em equipa e com as mudanças verificadas na relação doente-médico. Novas patologias produziram a necessidade de novos serviços e da concepção de um hospital mais flexível e adaptável. A pressão tecnológica gerou a instalação de novos equipamentos, as centralizações técnicas e sobretudo a desvalorização da cama e a valorização extrema do *plateau* tecnológico e de métodos de «semi-internamento».

Tudo isto num quadro de crescente, mas insuficiente, responsabilização e de preocupações de controlo social com o desenvolvimento de métodos de avaliação em que transparecem dificuldades de mútua inadaptação entre os sistemas de saúde e as comunidades em que estão inseridos.

E em que foram patentes:

- Crescimento acelerado do custo com as prestações de saúde;
- Confrontos entre a cultura de solidariedade e a cultura de rendimento;
- Situações de estagnação na organização do sistema e mesmo dentro de cada hospital;
- Falta de prontidão, falta de disponibilidade e diminuição da acessibilidade dos cuidados.

A metodologia de autonomização de uma instituição como o hospital implica o sopesar do seu impacto no utente, nos papéis dos diversos actores, na própria organização, com a identificação de vantagens e desvantagens.

O leque de opções está em aberto, mas a implementação de um processo que envolva um novo estatuto de natureza empresarial, instituindo outro modelo de configuração do hospital público português, deverá permitir não só a sua renovação, como também uma avaliação de resultados que garanta ainda a manutenção e valorização da missão de acolhimento e solidariedade que o caracteriza desde há séculos.

□ Bibliografia

- AMORIM, J. P. — As empresas públicas no direito português. Coimbra : Almedina, 2000.
- CARVALHO, A. S. — Crónica do Hospital de Todos os Santos : v centenário da fundação do Hospital de Todos os Santos 1492-1992. Lisboa : HCL, 1992.
- CHAWLA, M.; GOVINDARAJ, R. — Improving hospital performance through policies to increase hospital autonomy : implementation guidelines. Washington, D. C. : Worldbank, 1996. <http://www.worldbank.org>.
- CHAWLA, M., *et al.* — Improving hospital performance through policies to increase hospital autonomy : methodological guidelines. Washington, D. C. : Worldbank, 1996. <http://www.worldbank.org>.
- CLEMENT, J. M. — La mutation a l'hôpital. Paris : Berger-Levrault, 1995
- COLL, X. — Exploring the impact of autonomy on hospital performance. Washington, D. C. : Worldbank, 1996. (Ref. n.º 680-44C.) <http://www.worldbank.org>.
- DUARTE, A. P. — Notas sobre o conceito e o regime jurídico das empresas públicas estaduais. Coimbra : Almedina, 2000. (Estudos sobre o novo regime do sector empresarial do Estado.)
- FERREIRA, E. P. — Aspectos gerais do novo regime do sector empresarial do Estado. Coimbra : Almedina, 2000. (Estudos sobre o novo regime do sector empresarial do Estado.)
- HARDING, A.; PREKER, A. — Innovations in health care delivery : organizational reforms within the public sector. Washington, D. C. : Worldbank, 2001. <http://www.worldbank.org>.

HEALEY, J.; MCKEE, M. — The evolution of hospital systems. In HEALEY, J.; MCKEE, M. — Hospitals in a changing Europe. Buckingham : Open University Press, 2002

MAILLARD, C. — Histoire de l'hôpital (de 1940 à nos jours). Paris : Dunod, 1986.

MANNING, N. — The new public management & its legacy. Washington, D. C. : Worldbank, 2000. <http://www.worldbank.org>.

PORTUGAL. Ministério da Saúde — Relatório final do grupo de trabalho sobre o estatuto jurídico do hospital. Lisboa : Ministério da Saúde, 1997.

REIS, V. — O estatuto hospitalar. In PORTUGAL. Ministério da Saúde — O hospital português. Lisboa : Direcção-Geral da Saúde, 1999.

REIS, V. — O sistema de saúde português : donde vimos para onde vamos. In BARROS, P. P.; SIMÕES, J., coord. — Livro de homenagem a Augusto Mantas. Lisboa : Associação Portuguesa de Economia da Saúde — APES, 1999.

SALTMAN, R. B.; FIGUERAS, J. — European health care reform: analysis of current strategies. Copenhagen : WHO, 1997. 213. (European series; 72.)

TAYLOR, R.; BLAIR, S. — Public hospitals : options for reform through public-private partnerships. *Viewpoint*. Note number 241 (January 2002), 1-4. <http://www1.worldbank.org/viewpoint/HTMLNotes/241/241summary.html>.

UK. INSTITUTE FOR PUBLIC POLICY RESEARCH — Building better partnerships : the final report of the Commission on Public Private Partnerships. London : IPPR, 2001.

□ Summary

THE PUBLIC HOSPITAL IN PORTUGAL: FROM CRISIS TO RENOVATION?

This article aims to provide an overview of the public hospital in Portugal, briefly describing the evolution of its juridical statute, with special focus on hospital autonomy.

It is argued that the legal configuration of hospitals in Portugal is partly responsible for the limited autonomy that these institutions have achieved in the past 60 years, leading to production inefficiencies, high costs, arguable quality of care and poor equity in access. Therefore, several types of reforms have been attempted towards greater autonomy: management reforms, financing reforms and organisational reforms.

From a regionalised system, established in 1946, to the present hospital (and National Health Service) many statutory models have been adopted. Clearly, the last reform (2002) intends to draw the line between a public, bureaucratic hospital and one that assumes a corporate-fashioned approach, abandoning — to soon? — the «innovative experiences» that led to the conclusion that greater autonomy induced long awaited changes in behaviour and positive results. There is another solution on the pipeline: PPP (public private partnerships), in order to build 10 new hospitals. Yet there are no clear decisions so far about their statutes, autonomy and management form. It is still early to evaluate this last reform, especially if we bear in mind that «autonomy, as it exists in the private sector, may be inappropriate for the public sector» (M. Chawla *et al.*, 1996). The implementation of a new juridical statute must allow the public hospital's renovation while boosting its centuries-old mission of solidarity.